

## A INCONTINENCIA URINARIA E A DISPAREUNIA ASOCIADAS AO EMBRAZO: GALICIA, 2016

**Introdución.** O embarazo e o puerperio son períodos de cambios que poden influír na calidade de vida da muller<sup>1</sup>. En Galicia, o seguimento da muller nestas etapas corresponde a matronas, médicos de atención primaria e a especialistas en xinecoloxía e obstetricia. Nun embarazo normal, a muller realiza de seis a nove revisións que permiten coñecer o seu estado de saúde e valorar o estado do feto<sup>2</sup>. Na sanidade pública, aconséllase que as mulleres contacten coa súa matrona tras o parto para concertar unha visita o terceiro día ou o cuarto, polo menos dúas revisións antes dos 40 días e unha última visita puerperal ás 6 semanas<sup>2,3</sup>.

Unha das recomendacións que se dan nestas revisións está orientada á rehabilitación do solo pélvico, aspecto que se asocia a unha diminución do risco de incontinencia urinaria. A incontinencia é un problema frecuente entre as mulleres, sendo a de esforzo (IUE) a máis común nas mulleres en idade fértil<sup>4</sup>. A IUE defínese como a perda involuntaria de ouriños coa realización dun esforzo físico que provoque un aumento da presión abdominal<sup>4</sup>. A IUE presenta unha etioloxía multifactorial, pero o embarazo e o parto son dous dos seus principais factores de risco nas mulleres de idade media<sup>5</sup>.

Xunto coa IUE, a dispareunia ou dor durante as relacións sexuais, tamén destaca entre as complicacións asociadas ao embarazo e ao parto<sup>6,7</sup>. A dispareunia inclúe entre os seus factores de risco o dano perineal, espontáneo ou asociado á episiotomía, e a sequidade vaginal ocasionada por cambios no puerperio ou pola lactación materna<sup>8</sup>.

En Galicia descoñécese a carga real de morbilidade asociada a ambas as dúas patoloxías. Así, os obxectivos principais deste traballo son estimar a prevalencia de incontinencia urinaria e de dispareunia no embarazo e tras o parto, ademais de valorar a contribución de diferentes factores de risco obstétricos, de conduta e sociodemográficos na presenza destas alteracións despois do parto.

**Datos e métodos.** No marco do Sistema de Información sobre Condutas de Risco de Galicia (SICRI) realizouse en 2016 un estudo transversal cuxa poboación obxectivo foron as mulleres de 18 ou máis anos de idade, residentes en Galicia, que deron a luz a un fillo vivo entre o 1 de setembro de 2015 e o 31 de agosto de 2016.

A mostra seleccionouse, mediante mostraxe aleatoria estratificada por grupos de idade (18-24, 25-29, 30-34, 35-39 e 40 ou máis), a partir do rexistro do Programa de detección precoz de enfermidades endocrinas e metabólicas do período neonatal. O tamaño de mostra (6.777 en total) calculouse de maneira independente para cada estrato de idade, considerando unha prevalencia esperada do 50% e un erro inferior ao 2%.

A recollida de información realizouse mediante entrevista telefónica asistida por computador (sistema CATI) ás mulleres que deran a luz. O cuestionario incluíu preguntas sobre comportamentos, actitudes e experiencias referidas aos 6 meses anteriores a saber que estaba embarazada, ao embarazo, ao parto e ao momento da enquisa, que se realizou entre 3 e 16 meses despois de dar a luz.

Excluíronse da análise as mulleres que non tiveran relacións sexuais tras o parto, as que dixeron estar de novo embarazadas, as que tiveron outro fillo despois do parto ao que se refire a enquisa e as que deron a luz na casa.

Nesta análise as variables dependentes foron a IUE e a dispareunia tras o parto, analizadas de forma independente cada unha. Considerouse que unha muller tivera un destes problemas se declarou sufrilo nalgún momento desde o parto ata a data da entrevista (sempre, ás veces ou case nunca - esta opción só en IUE).

Como posibles factores asociados á dispareunia ou á IUE valoráronse a presenza de dispareunia ou de IUE antes ou durante o embarazo; características sociodemográficas: idade, país de nacemento, nivel de estudos e situación laboral; estado ponderal antes do embarazo e ganancia superior a 12 quilogramos durante a xestación; diabetes previa e diabetes xestacional; condutas antes e durante o embarazo: realización dalgún tipo de actividade física, camiñar, consumo de tabaco e alcol; asistencia a clases de preparación ao parto; variables obstétricas: paridade (primípara vs. non primípara), tipo de parto (vaxinal vs. cesárea), tempo de xestación inferior a 37 semanas, parto múltiple e peso do recentemente nado (baixo peso < 2.500 g, macrosómico > 4.000 g). Nos partos vaxinais valorouse a instrumentalización (uso de ventosa ou fórceps), o uso da manobra de Kristeller e a episiotomía. Despois do parto, valorouse o tempo transcorrido tras o mesmo (idade do neno/a no momento da enquisa), a lactación materna (nunca vs. algunha vez) e o estado de saúde autopercibido da nai.

Análise estatística: estimáronse as prevalencias de dispareunia e de IUE en global e en función das características analizadas, e comparáronse mediante a proba Ji-Cadrado corrixida polo deseño mostral. A razón de prevalencias axustada (RP) de IUE ou dispareunia estimouse mediante un modelo de regresión de Poisson no que se incluíron inicialmente as variables con  $p < 0.2$  na análise bivariante. As prevalencias e as RP axustadas preséntanse con intervalos de confianza do 95% entre parénteses (IC95%). A análise realizouse coa mostra ponderada con Stata v14.2.

**Resultados.** Entrevistáronse 6.436 mulleres, das que se eliminaron 196 para esta análise, de 18 a 50 anos. O 56.7% (55.4-58.0) das mulleres residentes en Galicia que deron a luz no período a estudo eran primíparas e o 3.6% (3.1-4.0) tiveron un parto múltiple. O 68.9% (68.7-69.1) das mulleres tiñan entre 30 e 39 anos, o 44.1% (42.8-45.4) estudos superiores e o 71.9% (70.8-73.0) traballaban no momento da enquisa. No momento do estudo o 48.7% (47.4-50.1) das mulleres pariran entre 6 e 12 meses antes.

Táboa 1. Prevalencia (%) de dispareunia e de incontinencia urinaria despois do parto, co intervalo de confianza do 95%, en función das características socio-demográficas das mulleres.

CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA	DISPAREUNIA			INCONTINENCIA URINARIA		
		%	IC95%	valor p	%	IC95%	valor p
Grupo de idade	18-29	26.5	24.4 - 28.6	<0.001	14.8	13.1 - 16.5	<0.001
	30-34	24.9	22.8 - 27.0		19.0	17.1 - 20.8	
	35-39	21.2	19.2 - 23.1		23.2	21.2 - 25.2	
	40 e máis	19.2	16.9 - 21.6		27.2	24.5 - 29.9	
País de nacemento	España	23.4	22.2 - 24.6	0.930	20.1	19.0 - 21.2	0.113
	Outro país	23.2	19.9 - 26.5		22.8	19.5 - 26.1	
Nivel de estudos	Nivel básico	20.5	18.2 - 22.9	0.051	17.7	15.5 - 19.9	0.022
	Nivel medio	23.8	22.0 - 25.6		20.1	18.4 - 21.9	
	Nivel superior	24.2	22.4 - 25.9		21.7	20.1 - 23.4	
Situación laboral*	Ocupadas	23.3	22.0 - 24.6	0.628	20.4	19.1 - 21.7	0.672
	Paradas	24.3	21.7 - 26.8		19.7	17.3 - 22.1	
	Inactivas	22.3	18.9 - 25.6		21.6	18.2 - 24.9	
Estado de saúde autopercibido*	Moi bo/Bo	21.5	20.3 - 22.8	<0.001	18.5	17.3 - 19.7	<0.001
	Normal	27.1	24.7 - 29.5		23.7	21.4 - 26.0	
	Malo-Moi malo	34.7	28.3 - 41.1		35.6	29.2 - 42.1	
Todas		23.4	22.3 - 24.5		20.4	19.3 - 21.4	

(\*) No momento da enquisa

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Táboa 2. Prevalencia (%) de dispareunia e de incontinencia urinaria despois do parto, co intervalo de confianza do 95%, en función de factores de risco e condutas antes e durante o embarazo.

CARACTERIÁTICA	CATEGORÍA	DISPAREUNIA			INCONTINENCIA URINARIA		
		%	IC95%	valor p	%	IC95%	valor p
Estado ponderal antes do embarazo	IMC < 25 Kg/m <sup>2</sup>	25'2	23'9 - 26'6	<0'001	20'3	19'0 - 21'5	0'692
	IMC ≥ 25 Kg/m <sup>2</sup>	18'8	17'0 - 20'7		20'7	18'9 - 22'7	
Aumento > 12 kg no embarazo	Non	22'2	20'8 - 23'6	0'012	19'4	18'1 - 20'8	0'030
	Si	25'1	23'3 - 26'9		21'8	20'1 - 23'6	
Incontinencia antes do embarazo	Non	23'2	22'1 - 24'3	0'148	17'7	16'7 - 18'8	<0'001
	Si	26'9	21'8 - 32'1		70'9	65'6 - 76'1	
Incontinencia durante o embarazo	Non	21'9	20'6 - 23'1	<0'001	13'9	12'9 - 15'0	<0'001
	Si	28'6	26'1 - 31'1		43'0	40'3 - 45'8	
Dispareunia antes do embarazo	Non	21'5	20'3 - 22'6	<0'001	19'6	18'5 - 20'7	<0'001
	Si	50'1	45'1 - 55'0		31'0	26'4 - 35'6	
Dispareunia durante o embarazo	Non	20'3	19'2 - 21'5	<0'001	19'0	17'9 - 20'1	<0'001
	Si	51'9	47'7 - 56'2		30'1	26'1 - 34'0	
	Non tivo relacións	24'3	19'6 - 28'9		25'7	21'0 - 30'3	
Diabetes antes e/ou durante embarazo	Non	23'5	22'3 - 24'6	0'436	20'2	19'2 - 21'3	0'152
	Si	20'8	14'5 - 27'1		24'8	18'3 - 31'2	
Diabetes xestacional	Non	23'5	22'3 - 24'7	0'649	20'2	19'1 - 21'3	0'410
	Si	22'7	19'2 - 26'1		21'6	18'3 - 24'9	
Exercicio físico antes do embarazo	Non	21'5	20'2 - 22'9	<0'001	18'8	17'6 - 20'1	<0'001
	Si	26'9	24'9 - 28'9		23'4	21'4 - 25'3	
Exercicio físico durante o embarazo	Non	21'7	20'4 - 22'9	<0'001	19'3	18'1 - 20'5	0'001
	Si	27'9	25'6 - 30'3		23'3	21'1 - 25'4	
Camiñar antes do embarazo	Non	23'2	21'5 - 25'0	0'848	20'7	19'1 - 22'4	0'596
	Si	23'5	22'0 - 24'9		20'1	18'8 - 21'5	
Camiñar durante o embarazo	Non	22'6	20'2 - 25'0	0'479	20'7	18'3 - 23'0	0'793
	Si	23'6	22'3 - 24'8		20'3	19'1 - 21'5	
Clases de preparación ao parto	Non	17'6	16'0 - 19'1	<0'001	18'8	17'2 - 20'4	0'013
	Si	27'3	25'8 - 28'8		21'5	20'1 - 22'9	
Consumo de tabaco	Nunca	23'0	21'7 - 24'3	0'335	20'6	19'3 - 21'8	0'851
	Antes pero deixouno	23'5	20'7 - 26'3		19'7	17'1 - 22'4	
	Durante o embarazo	25'6	22'3 - 28'8		20'2	17'2 - 23'2	
Consumo de alcol	Nunca	20'3	18'8 - 21'8	<0'001	19'3	17'8 - 20'9	0'202
	Antes deixouno	25'7	24'1 - 27'3		21'2	19'7 - 22'7	
	Durante o embarazo	31'6	24'1 - 39'2		22'3	15'6 - 29'1	

A prevalencia de IUE e de dispareunia antes do embarazo foi do 5'0% (4'4-5'5) e do 6'7% (6'0-7'3), respectivamente; durante o embarazo do 22'2% (21'1-23'3) e 20'6% (19'2-22'0) e tras o parto do 20'4% (19'3-21'4) e do 23'4% (22'3-24'5). Nas táboas 1 a 3 amósase a prevalencia de IUE ou de dispareunia tras o parto en función de, respectivamente, distintas características sociodemográficas das mulleres, de factores de risco e condutas antes e durante o embarazo, e de factores relacionados co parto e co nacido.

Os resultados obtidos neste estudo coa análise multivariante concordan na súa maior parte con estudos previos (Figura 1).

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Táboa 3. Prevalencia (%) de dispareunia e de incontinencia urinaria despois do parto, co intervalo de confianza do 95%, en función de factores relacionados co parto e co nacido.

CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA	DISPAREUNIA			INCONTINENCIA URINARIA		
		%	IC95%	valor p	%	IC95%	valor p
Primípara	Non	16'5	15'0 - 18'0	<0'001	21'3	19'7 - 23'0	0'118
	Si	28'6	27'1 - 30'2		19'6	18'3 - 21'0	
Parto múltiple	Non	23'5	22'4 - 24'6	0'282	20'5	19'4 - 21'5	0'497
	Si	20'3	14'8 - 25'7		18'5	13'1 - 23'8	
Tipo de parto	Parto vaxinal	25'5	24'2 - 26'9	<0'001	23'5	22'2 - 24'7	<0'001
	Cesárea	16'7	14'7 - 18'6		10'9	9'3 - 12'5	
Parto instrumental	Non	20'3	19'1 - 21'5	<0'001	18'8	17'7 - 19'9	<0'001
	Si	35'4	32'6 - 38'2		26'6	24'0 - 29'2	
Episiotomía	Non	18'4	17'1 - 19'7	<0'001	17'7	16'5 - 19'0	<0'001
	Si	31'6	29'5 - 33'6		24'8	22'9 - 26'6	
Manobra de Kristeller	Non	21'4	20'3 - 22'6	<0'001	19'3	18'2 - 20'5	<0'001
	Si	33'1	30'1 - 36'1		25'6	22'8 - 28'4	
Idade xestacional < 37 semanas	Non	23'6	22'4 - 24'8	0'164	20'6	19'5 - 21'7	0'184
	Si	20'6	16'7 - 24'5		17'8	14'1 - 21'5	
Peso do neonato	Baixo peso (< 2.500 g)	21'5	17'3 - 25'6	0'378	18'6	14'7 - 22'5	0'668
	Peso normal	23'7	22'5 - 24'9		20'5	19'4 - 21'6	
	Macrosómico (>4.000 g)	21'0	16'2 - 25'7		20'7	16'1 - 25'4	
Idade do nen/a	3 a 5 meses	26'0	23'1 - 28'9	0'069	15'4	13'1 - 17'7	<0'001
	6 a 8 meses	24'4	22'1 - 26'7		17'9	15'8 - 19'9	
	9 a 12 meses	22'6	20'4 - 24'9		21'8	19'6 - 24'0	
	12 a 16 meses	21'9	20'1 - 23'8				
Lactación materna	Nunca	17'7	15'4 - 20'1	<0'001	18'0	15'6 - 20'3	0'035
	Algunha vez	24'6	23'4 - 25'9		20'9	19'7 - 22'1	

Deste xeito, a prevalencia axustada de dispareunia tras o parto foi máis alta entre as mulleres primíparas [RP: 1'4 (1'3-1'6)], que tiveron parto vaxinal [1'2 (1'1-1'4)], instrumentalizado con ventosa ou fórceps [1'3 (1'1-1'4)], con episiotomía [1'3 (1'1-1'4)] e que daban lactación materna [1'2 (1'1-1'4)]. O feito de padecer dispareunia ou IUE durante a xestación aumentou a prevalencia de dispareunia tras o parto [RP: 2'1 (1'9-2'4); 1'2% (1'1-1'3), respectivamente]. Tamén se relacionou coa dispareunia tras o parto a dispareunia prexestacional [1'7 (1'5-2'0)] e ter un índice de masa corporal menor de 25 kg/m<sup>2</sup> [1'2 (1'1-1'4)]. A prevalencia de dispareunia foi máis alta entre as mulleres que asistiron a clases de preparación ao parto [1'2 (1'1-1'4)].

Neste estudo a prevalencia axustada de IUE tras o parto está relacionada (Figura 1) co aumento de idade da nai [30-34 anos: RP 1'3 (1'1-1'5); ≥40: 1'8 (1'6-2'1)], ter antecedentes de IUE prexestacional [2'4 (2'2-2'7)] ou durante a xestación [2'4 (2'2-2'7)], co parto vaxinal [2'0 (1'8-2'4)] e a diabetes prexestacional, ademais da dispareunia durante a xestación. A prevalencia de incontinencia foi máis alta entre as mulleres que asistiron a clases de preparación ao parto [1'2 (1'0-1'3)].

**Comentario.** Entre os resultados deste traballo destaca que a prevalencia de dispareunia e de incontinencia fose máis alta entre as mulleres que asistiron a clases de preparación ao parto. Os contidos destas clases varían en función do profesional que as imparte, pero é frecuente que nelas se faga referencia a que a dispareunia e a IU non son consecuencias normais do embarazo ou do parto<sup>1</sup>. Polo tanto, este resultado

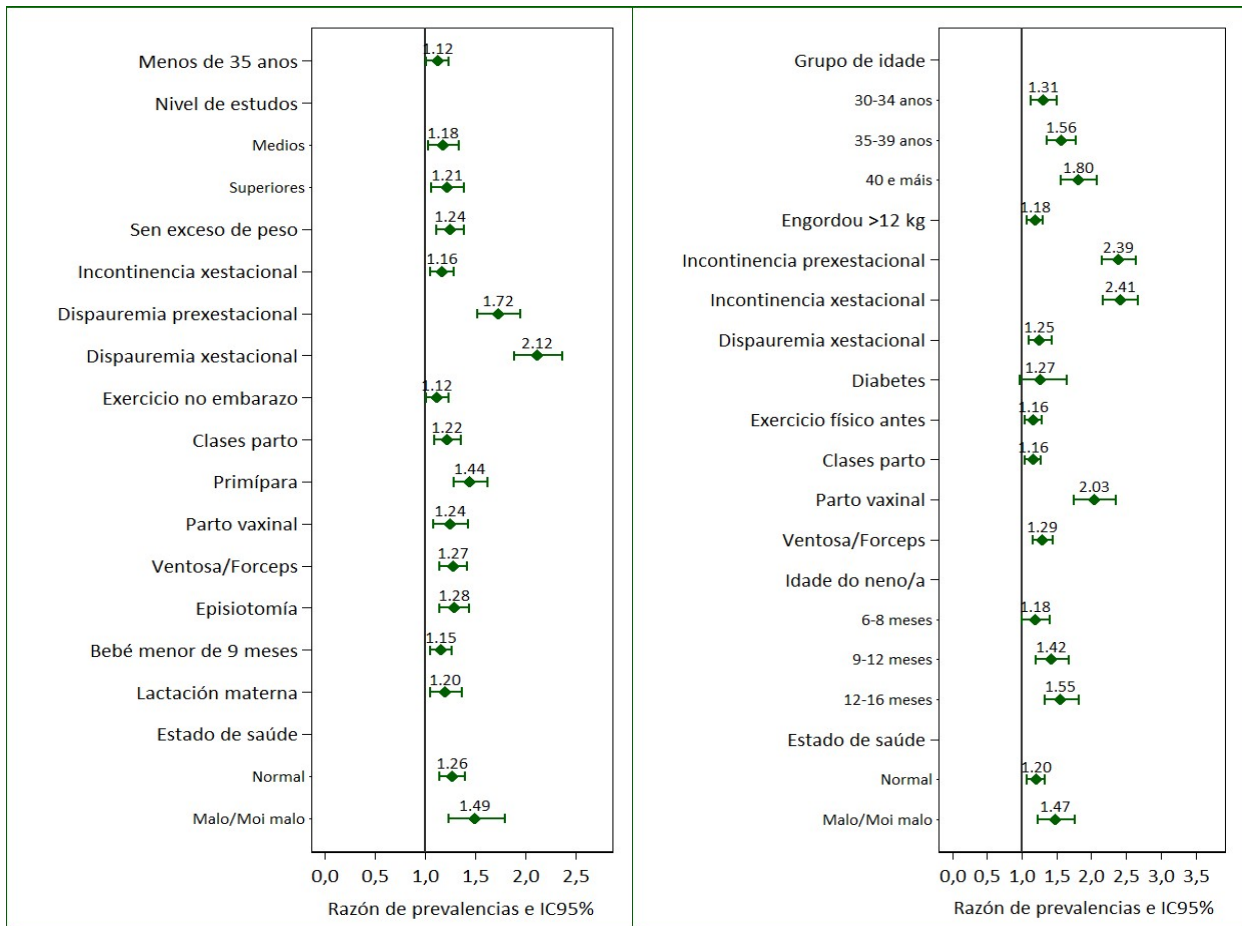
son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

pode deberse a que as mulleres que asistiron a clases de preparación ao parto identifiquen e declaren en maior medida ambas as dúas as patoloxías debido a un mellor coñecemento.

Este estudo presenta diferentes limitacións. As máis importante, que está ligada á súa natureza transversal, podería asociarse cun nesgo de memoria, que podería ser diferencial, cando se pregunta por períodos temporais anteriores á entrevista, especialmente a aqueles referidos a momentos previos ao embarazo. Neste estudo non se poden valorar cambios na prevalencia de dispareunia ou de IUE asociados ao paso do tempo dende o parto, xa que non se recolle información relativa ao momento da enquisa, senón a algún momento tras o parto. Ademais non se pode explicar o feito de que a realización de exercicio físico de forma habitual antes do embarazo se asocie a unha maior prevalencia de dispareunia e de IUE. A repercusión do exercicio físico na musculatura pélvica varía en función do tipo de exercicio, e este aspecto neste estudo non se pode valorar, xa que non se ten información sobre o tipo de actividade física que realizaban as mulleres.

Este estudo presenta diferentes fortalezas. A máis importante é o tamaño mostral, que permite dispoñer de estimacións representativas en diferentes grupos de idade.

Figura 1.- Razóns de prevalencia de dispareunia (esquerda) e de incontinencia urinaria (dereita) cos seus intervalos de confianza do 95% (IC95%) das variables que foron engadidas á análise multivariante.



**Conclusión.** En resumo, as prevalencias de incontinencia urinaria e dispareunia aumentan durante o embarazo e tras o parto. As prevalencias, estimadas neste estudo próximas ao 20%, reflicten o importante impacto que estas dúas patoloxías teñen na saúde das mulleres, tanto no embarazo como despois do parto. Aínda que se debe destacar que estes valores poden estar infraestimando a carga de morbilidade asociada, xa que moitas mulleres non informan do problema ao seu provedor de cuidados de saúde, ben por vergoña ou por consideralo algo normal<sup>10</sup>. Os resultados aquí presentados xustifican a importancia dunha correcta educación sexual ás mulleres para os cambios durante o puerperio.

## Referencias.

- <sup>1</sup> Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011; 8: 1267-84.
- <sup>2</sup> MSSI. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/1
- <sup>3</sup> MSPS. Cuidados desde el nacimiento: Grupo de trabajo de la Guía de cuidados desde el nacimiento. Guía de cuidados desde el nacimiento. Ministerio de Sanidad y Política Social Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010. .
- <sup>4</sup> Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 178: 27-34.
- <sup>5</sup> Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 901-12.
- <sup>6</sup> Signorello LB et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 881-8.
- <sup>7</sup> McDonald EA et al. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery* 2016; 34: 15-20.
- <sup>8</sup> Guía práctica de atención al parto normal: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
- <sup>9</sup> Perera J et al. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC Womens Health* 2014; 14:78.
- <sup>10</sup> Alligood-Percoco NR et al. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 512-8.